

Duplicate
Lane Medical Lib
UNIVERSITÉ DE GENÈVE — FACULTÉ DE MÉDECINE
Clinique Gynécologique et Obstétricale — Directeur : Professeur D^r R. KENIG

1931

Contribution à l'étude
de la
Toxémie gravidique récidivante

THÈSE

présentée à la Faculté de Médecine de l'Université de Genève
pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine

par

Nicolas MIHAILOW

(de Bucarest)

Assistant externe à la Policlinique Ophtalmologique

Thèse N^o 1374

ANNEMASSE
IMPRIMERIE GRANCHAMP
1931



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Contribution à l'étude
de la
Toxémie gravidique récidivante

THÈSE

présentée à la Faculté de Médecine de l'Université de Genève
pour l'obtention du grade de Docteur en Médecine
par

Nicolas MIHAILOW

(de Bucarest)

Assistant externe à la Policlinique Ophtalmologique

Thèse N^o 1374

Contribution à l'étude

A ma soeur Sonia.

THÈSE

WOLFF M. J.

Paris 1934

Université de Paris - Faculté de Médecine

1934

1934

La Faculté de Médecine, sur le préavis favorable de monsieur le Professeur R. Koenig, autorise l'impression de la présente thèse, sans prétendre par là émettre d'opinion sur les propositions qui y sont énoncées.

Genève le 29 Juillet 1931.

Le Doyen :
EUG. BUJARD.

Au début de ce travail nous tenons à exprimer à M. le Professeur Koenig notre gratitude pour l'enseignement qu'il nous a donné et pour l'intérêt qu'il nous a témoigné au cours de l'élaboration de ce travail.

Nous remercions également M. le Docteur Chatillon, médecin adjoint à la Clinique Gynécologique et Obstétricale, pour les précieux conseils qu'il nous a donnés.

Contribution à l'étude de la toxémie gravidique récidivante

Introduction

Chez les femmes enceintes peuvent survenir, au cours de la gestation, un certain nombre de phénomènes pathologiques liés à la grossesse qu'on a l'habitude de désigner en France sous le terme de toxémie gravidique et qu'on dénommait dans les pays de langue allemande, jusqu'il y a quelques années, sous le terme « Schwangerschafts-Toxikose ». A l'heure actuelle, on appelle ces troubles soit : « Gestation-Toxikose », soit plus brièvement : « Gestose ». Ce dernier terme est assez vague et n'engage à rien. Il est donc très adéquat pour désigner ce complexe de phénomènes pathologiques qu'on n'est pas encore parvenu à expliquer jusqu'ici.

Les principaux symptômes de la toxémie gravidique sont : l'hypertension artérielle, l'albuminurie, les œdèmes. Ces troubles s'ils sont très accentués, peuvent donner lieu à des manifestations plus graves, nerveuses, oculaires, otiques, etc. On les désigne alors sous le nom d'éclampsisme ou état prééclamptique. Quand la toxémie gravidique se manifeste d'une manière bruyante, quand elle donne lieu à des accès épileptiformes avec perte de connaissance, coma, etc. on l'appelle *éclampsie*. L'éclampsie est donc la manifestation la plus bruyante, la plus grave de la toxémie gravidique.

Historique

L'éclampsie a été observée longtemps avant qu'on l'ait attribuée à la grossesse. A l'époque où les idées mystiques dominaient encore la médecine on ne pouvait pas l'attribuer à la grossesse. Les autres symptômes de la toxémie gravidique, comme l'albuminurie, les œdèmes, n'ont été décrits qu'au siècle passé. C'est RAYER, en 1840, qui le premier a décrit l'albuminurie des femmes enceintes, puis peu après LEVER, en 1843. Rappelons surtout les efforts de TARNIER et de ses élèves, BAR et DAUNAY, pour la recherche systématique de l'albumine dans les urines des femmes enceintes. C'est toujours Bar et Daunay qui ont décrit les oedèmes et donné leur explication. BLOT a démontré, en 1849, déjà, que le plus souvent, l'albuminurie des femmes enceintes disparaissait après l'accouchement sans laisser de trace.

Quant à la tension artérielle, son élévation a été observée par BALLANTYNE et bien étudiée par BALARD, en France, et ZANGEMEISTER, en Allemagne. Ces auteurs ont pu démontrer une élévation plus grande de la pression minima par rapport à la maxima.

Essence de la toxémie gravidique récidivante

La plupart des auteurs qui ont décrit l'éclampsie ne l'ont vue survenir chez leurs malades qu'une seule fois. Ils ont admis une sorte d'immunisation par une première atteinte.

En effet, dans la grande majorité des cas, l'éclampsie ne survient qu'au cours d'une seule grossesse. La maladie éclate d'une manière brutale, cause souvent la mort de l'enfant et si la mère survit elle ne laisse aucune trace. Mais parfois, chez un très petit nombre d'anciennes éclamptiques, elle se renouvelle lors d'une autre grossesse soit d'une manière plus bruyante qu'au cours de la première grossesse, soit d'une manière atténuée comme c'est le cas le plus souvent.

Chez les femmes qui ont fait des toxémies atténuées la récurrence est une chose plus fréquente que chez les éclampsiques, mais il faut dire que l'on ne s'aperçoit pas toujours qu'il y a récurrence car la première toxémie a pu donner si peu de troubles que la femme n'a rien ou peu ressenti.

*
* *

Il y a des auteurs qui croient à l'immunisation par une première atteinte de la toxémie et qui n'admettent pas la possibilité de toxémies récidivantes. Ce sont surtout des auteurs allemands. LICHTENSTEIN désigne cette affection sous le terme « Wiederholte Eklampsie » qu'on peut traduire par le terme « éclampsie à répétition », et cela malgré qu'OLSHAUSEN ait employé le terme « Wiederholte Eklampsie » pour désigner une éclampsie avec plusieurs accès.

LICHTENSTEIN croit encore à l'immunisation par une première atteinte de la toxémie ; il a en effet pu observer des cas où l'éclampsie se montrait au cours de la première grossesse, tandis que la seconde grossesse passait sans accident avec naissance de l'enfant à terme. Or, au cours de la troisième grossesse l'éclampsie réapparaissait à nouveau. Au sujet de ce qu'écrit Lichtenstein, il y a lieu de remarquer ce qui suit : Au cours de la seconde grossesse, soi-disant sans manifestations pathologiques, il n'a surveillé ni la tension artérielle de l'ancienne éclampsique, ni les urines. Il est d'ailleurs possible que la femme n'ait rien eu. Mais ce n'est pas un argument en faveur de l'idée de l'immunisation. Les facteurs étiologiques de l'éclampsie sont encore hypothétiques. Nous ne pouvons pas dire quelle est la cause première de l'éclampsie. Pourtant des auteurs comme Gessner, Opitz, Jaschke, Baum, ont observé une baisse notable de l'éclampsie au cours de la guerre. Ils ont attribué cela aux privations alimentaires auxquelles les femmes allemandes étaient soumises. Le même phénomène a été observé par Laffont et Julien à la Maternité d'Alger. Ils ont étudié 143 cas d'éclampsie survenus avant, pendant et après la guerre. Le pourcentage d'éclampsies au cours de la guerre a été très diminué.

EDEN, en Angleterre, et Margaret BALFOUR avec SHAKUNTALA K. TALPADE aux Indes ont fait à peu près les mêmes constatations. Ils ont noté chez les femmes hindoues et chrétiennes de Bombay 3,8 et 3,7 éclampsies pour 1.000 grossesses. Chez les mahométanes, qui ont un régime alimentaire très riche en graisses et azotés, 16,60 pour mille. Or, chez les ouvrières des filatures qui sont pour la plupart mal nourries il n'y avait que 1,7 pour mille d'éclampsies. Donc le facteur alimentaire a pu jouer un rôle au cours de la seconde grossesse de la malade de LICHTSENSTEIN. STEINIGER croit aussi à l'immunité obtenue par une première atteinte de la toxémie gravidique. Il a étudié les vastes statistiques publiées par FETT et BEUTHE et il s'est attaché à étudier le temps qui sépare la récurrence de la première atteinte. Sur 33 récurrences il en a trouvé 7 où les accidents toxémiques étaient survenus à une distance de 2 ans. Deux fois à $1\frac{1}{2}$ et $1\frac{3}{4}$ années. 10 fois les accidents n'ont été séparés que par une année. 2 fois par moins d'une année.

BEUTHE lui-même croyait aussi à une immunité de courte durée. Il a trouvé des cas où les accidents toxémiques étaient séparés par 6, 8 ou même 10 années. FETT a trouvé dans 4 cas des accidents séparés par 7 et 8 années. Une fois même par 15 années.

Mais BEUTHE a trouvé chez une femme des manifestations éclamptiques 8 mois après une première atteinte, tout au début d'une nouvelle grossesse. Ce cas infirme un peu la théorie de l'immunité. Les autres cas que nous allons analyser vont démontrer mieux que toute affirmation que l'immunité n'existe pas dans le domaine de la toxémie gravidique. Même avec la théorie de la toxémie-choc colloïdoclasique de LEVY-SOLAL et TSANK, on ne peut pas soutenir la possibilité de l'immunisation par une première atteinte.

La question de la récurrence de la toxémie gravidique se pose devant nous encore d'une autre manière : A savoir si les toxémiques sortent intactes de leur maladie ou gardent des séquelles.

G. DÖDERLEIN a soutenu au congrès de Gynécologie de Vienne en 1925, que la toxémie gravidique ne laisse pas de séquelles. Il a suivi 26 anciennes éclamptiques et il les a soumises à diverses épreuves, pour étudier surtout la perméabilité rénale. Chez toutes ces anciennes éclamptiques les épreuves des liquides

et de la concentration ont été normales. Il a soutenu que l'albuminurie, même si elle existe, ne donne pas de renseignements sur l'état du parenchyme rénal. DÖDERLEIN croit que dans les rares cas où on trouve des néphroses ou même des néphrites chroniques, il ne faut pas accuser la toxémie gravidique. La néphrite a pu préexister à la grossesse. D'après les cas qu'il a étudiés il ne peut pas croire qu'une éclampsie puisse donner une néphrite chronique.

Au même congrès NEVERMANN de Hambourg s'associe à l'opinion de DÖDERLEIN. Depuis 1919 il n'a pu voir aucun cas de néphrite chronique chez les anciennes éclamptiques soignées à la clinique des maladies de femmes de l'Université de Hambourg. Il dit même que les sédiments urinaires n'ont pas de signification pathologique.

ZWEIFEL et LEYDEN croient aussi à une *restitutio ad integrum*. ZANGEMEISTER, par contre, n'est pas si optimiste. En 1926, il soutenait qu'environ 10 % d'éclamptiques gardent des séquelles rénales dont 5 % de néphrites graves.

KOBES, dont les recherches ont porté sur 51 cas, — dont 32 ont eu anciennement des éclampsies et 19 des états prééclamptiques — a trouvé chez les anciennes éclamptiques de l'albuminurie avec hypertension dans 3 cas et de l'hypertension isolée dans 2 cas. Chez les 19 femmes qui ont eu des états prééclamptiques il a trouvé 10 fois de l'hypertension, 9 fois de l'albuminurie, 10 fois l'épreuve de la concentration imparfaite, et 4 fois des cylindres dans les urines.

PECKHAM qui a observé 77 éclamptiques a trouvé un an après 22,1 % de cas présentant des signes de néphrite chronique. Il a observé ces néphrites chroniques chez les éclamptiques âgées ayant eu de nombreuses crises avec forte hypertension et albuminurie. Il ne croit pas que la néphrite préexistait à l'éclampsie chez ces femmes surtout que beaucoup parmi elles ne présentaient aucun signe de néphrite au moment où elles quittaient l'hôpital.

BAISCH, de la clinique des maladies de femmes de Munich, ayant observé quelque temps après leur accouchement 448 femmes qui ont eu des albuminuries gravidiques, n'a trouvé aucun cas présentant de séquelles. Par contre, sur 106 femmes ayant présenté des néphropathies accusées durant leur grossesse

ou des crises d'éclampsie (60 sur 106 cas), il n'a trouvé après 11 ans que 40% de femmes saines.

HARRIS, de la maternité de Johns Hopkins Hospital, serre de plus près la question. Son étude limite en quelque sorte les champs respectifs des néphropathies et de l'éclampsie. Sur 39 néphritiques qu'il a observées pendant leur grossesse, il en a revu 30. Toutes présentaient des néphrites aggravées. Harris a soigné encore 83 femmes ayant présenté, durant leur grossesse, des accidents prééclamptiques. Il a pu en revoir 55. Parmi ces 55, il y avait 33 néphritiques et seulement 22 sans maladie aucune. Quant aux éclamptiques, sur 42 soignées par lui, il en a revu 27. Parmi elles, il n'a trouvé que 3 présentant des néphrites chroniques. Les autres 24 étaient parfaitement bien portantes.

Nous voyons d'après ces statistiques, en quelque sorte contradictoires, que la toxémie gravidique peut laisser des séquelles, mais cela n'arrive que très rarement. Cela infirme l'opinion de DÖDERLEIN et NEVERMANN, de même celle de ZWEIFEL et LEYDEN qui soutiennent qu'il y a après chaque toxémie gravidique une *restitutio ad integrum*. Les pessimistes, les auteurs américains surtout, qui ont observé beaucoup de cas à séquelles, ne précisent pas toujours la nature des néphropathies ni le moment de leur éclosion. C'est pour cela que leurs statistiques peuvent être discutables.

Nous admettons d'après ces statistiques que la toxémie gravidique peut laisser des séquelles dans un petit nombre de cas.

Il s'agit de savoir maintenant si la toxémie gravidique récidive dans les cas à séquelles seulement ou si elle peut récidiver aussi chez les femmes qui sont sorties indemnes de la première manifestation de la maladie. Un cas de LICHTENSTEIN dont nous avons déjà parlé et où la première grossesse qui a suivi la grossesse à manifestations toxémiques s'est passé normalement et où l'éclampsie a réapparu au cours de la troisième grossesse nous fait croire qu'il y a eu une *restitutio ad integrum* car si la femme avait conservé des séquelles sa seconde grossesse aurait été sans doute troublée par des phénomènes pathologiques dus à ces séquelles.

L'histoire d'une des malades de NEVERMANN est encore plus démonstrative à cet égard. Cette femme a fait une éclampsie en 1921. En 1923, elle a été examinée par NEVERMANN et toutes les épreuves ont montré qu'il n'y avait rien de pathologique chez elle. Au printemps de 1925 elle est enceinte de trois mois, souffre de céphalées, ses urines sont troubles et présentent quelques cylindres granuleux. Quatre semaines après la malade a un avortement spontané à domicile. Les céphalées disparaissent, les urines redeviennent claires et on ne trouve plus de cylindres. L'histoire d'une de nos malades est à peu près semblable.

Ces observations nous incitent à penser que la toxémie gravidique peut récidiver en dehors de toute séquelle post-éclamptique, en dehors de toute atteinte du parenchyme rénal.

Probabilité de la récidue

Les vieux accoucheurs OLSHAUSEN, SCHRÖDER, SCANZONI comptaient une récidue de toxémie gravidique pour à peu près 100 cas de toxémie gravidique. GÖDECKE a trouvé sur 403 cas, 9 récides. Donc 2,23%. BUTTNER avait calculé, d'après plusieurs statistiques 2,4% de récides. Parmi les auteurs plus récents PLOTKIN trouve sur 320 cas 9 récides, donc 2,8%. LICHTENSTEIN, sur une statistique de 400 cas n'a rencontré que 6 récides, soit 1,5%. BEUTHE sur une statistique de 2622 cas trouve 53 récides, c'est-à-dire 2,02%.

BUND qui a étudié 76 femmes qui ont eu des éclampsies trouve que le risque de récidue est de 20%. En effet, parmi ces malades 4 ont fait des accidents éclamptiques et 10 des accidents néphritiques. Les chiffres de BUND paraissent fort exagérés. Il semble difficile de les admettre surtout vu que sa statistique est trop restreinte. Nous préférons admettre le chiffre moyen de 2% admis par ZWEIFEL au congrès de Vienne de 1925.

Nombre des récidives et leur allure

A priori on peut dire que le nombre des récidives de toxémie gravidique n'est pas limité. La récidive peut se manifester au cours de toutes les grossesses suivantes. BEUTHÉ sur 2.622 cas a trouvé 5 cas avec deux récidives et un cas avec 3 récidives. Une de nos malades a présenté aussi trois récidives. Ces quelques cas prouvent que le nombre des récidives n'est pas limité.

Quant à l'allure que les récidives prennent, STEINIGER qui croit à la théorie de l'immunité, soutient qu'elles sont plus bénignes que la première manifestation. L'opinion de STEINIGER semble basée sur des observations irréfutables. Mais il n'a pas envisagé le fait que les médecins mettent tout en œuvre pour prévenir les grandes crises d'éclampsie.

Les cas publiés par Lichtenstein montrent clairement que si on ne prend pas de mesures pour arrêter l'évolution de la toxémie, les crises ont tendance à devenir plus graves. Et cela même dans les cas qui n'ont pas gardé de séquelles. Dans les cas à séquelles, comme dans un des nôtres, la toxémie en récidivant a la tendance à produire plus de troubles et de laisser plus de dégâts après son nouveau passage.

Quelques cas de toxémie gravidique récidivante relevés dans la littérature

Nous rapportons ici les quelques cas de toxémie gravidique récidivante que nous avons pu rencontrer dans la littérature. Nous avons vu, d'après les statistiques citées, la probabilité de la récurrence. Le chiffre de 2 % n'est pas trop élevé. Pourtant le chiffre total des récurrences de toxémie gravidique devrait être énorme si on compte le nombre d'éclampsies traitées chaque année dans les maternités. Malheureusement les publications des cas sont peu nombreuses. C'est pour cela que nous collectionnons volontiers les quelques cas de récurrence plus ou moins typiques rencontrés dans la littérature.

Lichtenstein a publié, en 1912, les 6 cas suivants rencontrés dans une statistique de 400 cas.

1^{er} cas : Femme de 27 ans. — III pare

23 IV. 1899 — grossesse — éclampsie dans la clinique — gros œdèmes — 12 % d'albumine.

4. V. 1900. — Accouchement spontané.

4 XII. 1901 — grossesse VII^e mois — céphalées — 27 accès d'éclampsie. — Etat comateux après le troisième accès. — Accouchement 3 h. 1/4 après le dernier accès. — Avant accouchement saignée 200 cc. — Plus d'accès après accouchement. — 4^e jour : psychose dépressive. — 9^e jour : la femme quitte la clinique tout à fait remise.

2^e cas : Femme 22 ans. — II pare.

7. IX. 1900. — grossesse X^e mois. Œdèmes. 25 pour % d'albumine. Après le deuxième accès forceps. — 50 accès jusqu'au 8. IX. à 23 h. 32'. — Après le 12^e et le 51^e accès saignées de 500 et 400 cc. — Enfant vivant. — Quitte la clinique le 29. IX. 1900.

7. IV. 1902. — 7 h. — accouchement spontané. — 3 h. $1/4$ après un accès. — Encore 35 accès jusqu'au 9. IV. à 5 h. $3/4$ — Le 8. IV. 25 pour $\%$ d'albumine. — Après le 10^e et le 32^e accès saignées de 400 cc. et injections de sérum physiologique. Le 4^e jour, après le dernier accès, la malade reprend connaissance. Le 16 IV. albumine 0. — Le 9^e jour, elle quitte la clinique.

3^e cas : Femme de 29 ans. — III pare.

1^{er} accouchement normal. — 2^e accouchement forceps. — 9 jours après le premier accouchement a eu 22 accès d'éclampsie en 4 jours. Après la deuxième grossesse, pas de manifestations pathologiques. Le 28 III. 1902. à 3 h., un accès à la maison suivi jusqu'au 29. IV. à 4 h. 40 par 10 autres. — Entrée à la clinique. Coma — 2 pour $\%$ d'albumine. La connaissance revient. — Plus d'accès. — Le 23 V. elle quitte la clinique sans accoucher. Le 16 VI. accouchement spontané. — Enfant vivant.

4^e cas : Femme 23 ans. — III pare.

Un accouchement normal. — Au cours des dernières semaines de la deuxième grossesse, œdème, céphalées, courbatures. Le 27 IV. 1903, deux accès. — Entrée à la clinique. — Accouchement spontané. — Plus d'accès.

Le 10 V. 1904, 3^e grossesse, 9^e mois. — Céphalées, œdème malléolaire, 16 $1/2$ pour mille d'albumine. Au cours de cet état prééclamptique, on tâche de provoquer l'accouchement. — Col perméable pour un doigt. — Version. — Extraction. — Enfant vivant. — 4 h. $1/2$ après, un accès suivi de 11 autres durant 1 heure. Après le 8^e accès, saignée. La connaissance revient 8 h. après le dernier accès.

5^e cas : Femme de 31 ans. — III pare.

Premier accouchement normal. — Deuxième accouchement, éclampsie. Troisième grossesse le 17 VI. 1906 œdème des jambes, courbatures. 2 $1/2$ pour mille d'albumine. — Jumeaux. — Le premier est accouché spontanément. — Pour le second on pratique une version. — 4 h. après un accès, puis 14 autres durant

18 heures. — Après le premier et le 14^e accès, saignées de 200 et 300 cc. — Après 1 $\frac{1}{2}$ journée la connaissance revient, le 16^e jour la malade quitte la clinique. — Jumeaux vivants.

6^e cas : Femme 38 ans. — IV pare.

Deux accouchements normaux. — 3^e grossesse, accouchement prématuré provoqué à cause d'une éclampsie dans une clinique privée.

Entrée le 15 VII. 1908 à 15 h. — Au cours du 1^{er} jour, céphalées, courbatures, œdème des jambes, 11 pour % d'albumine. — A 14 h. un accès. — Version combinée. — Cranioclasie sur tête dernière enfant étant mort. — Les accès cessent.

STEINIGER a publié, en 1926, un cas de récurrence d'éclampsie. La récurrence s'est passée sans albuminurie, mais avec cylindres hyalins dans les urines. — Enfant mort-né.

A la Société d'obstétrique et gynécologie de Bordeaux, BALARD a rapporté, en 1922, l'histoire d'une femme dont il a publié l'observation en 1912, dans le Journal de Médecine de Bordeaux. Il s'agissait d'une malade qui, lors d'une première gestation, a fait une hémorragie rétro-placentaire après l'accouchement à terme d'un enfant macéré et suivi de 23 accès éclamptiques. — 2^e grossesse. — Etat prééclamptique net avec décollement rétinien à l'œil droit. — Accouchement d'un enfant macéré au 7^e mois. — Depuis, la malade a présenté des accidents de néphrite chronique.

GUTBROD a publié également un cas où l'éclampsie a récidivé au cours de 3 grossesses successives.

LAUN a publié un cas très intéressant de toxémie récidivante qui démontre clairement la tendance qu'a la toxémie d'apparaître plus précocement au cours des grossesses suivantes. La malade de LAUN a eu une crise d'éclampsie au cours de sa troisième grossesse. L'année suivante, étant de nouveau enceinte, elle a refait des crises d'éclampsie et, en 1927, au cours de sa 5^e grossesse, elle a fait des crises d'éclampsie pendant le 4^e mois de la gestation.

Quant aux cas de toxémie récidivante à allure néphropathique, sans accès convulsifs, ils sont moins rares. MAGOS a présenté un cas à la Société belge d'obstétrique en 1929. Il s'agissait d'une femme de 34 ans secondipare qui, au cours du 8^e mois de sa seconde grossesse, a présenté un état prééclamptique avec œdèmes et hypertension. Elle a accouché à 8½ mois d'un enfant squelettique. Au cours du 8^e mois de sa troisième grossesse, elle a présenté les mêmes signes et accouché d'un fœtus en partie macéré. BALARD a présenté un cas semblable en 1922 à la Société d'obstétrique de Bordeaux. A la même séance, BALARD et BOURSIER ont présenté un autre cas tout à fait semblable mais les deux malades étaient porteuses d'anciennes néphropathies.

KOBES, KOBLANK, ZWEIFEL et d'autres auteurs allemands ont publié de nombreux cas de récurrence de toxémie gravidique. Les récurrences étaient toujours du type rénal avec parfois des états prééclamptiques typiques.

Des auteurs américains, qui ont des pourcentages très élevés d'éclamptiques, citent de nombreux cas de récurrence à manifestations rénales.

Comme contribution à l'étude de ce problème, nous apportons ici deux cas de toxémie gravidique récidivante soignés à la maternité de Genève.

Observations

OBSERVATION OBSTÉTRICALE N° 104 /1921.

M^{me} B. Ch. — 12-111-1921.

La malade est âgée de 26 ans.

Antécédents héréditaires : Parents en bonne santé. — Deux sœurs et un frère en bonne santé.

Antécédents personnels : Coqueluche en bas âge ; grippe avec complications pulmonaires en 1918.

Réglée à 16 ans ; règles durent 4-5 jours, régulières et indolores. Dernières règles : Fin août 1920.

L'état de santé reste bon pendant sa grossesse. Ce n'est qu'au commencement du mois de mars, qu'elle commence à se plaindre de maux de tête. Les céphalées devenaient de plus en plus tenaces et le 12 mars, à 8 h. 30, lorsqu'elle était encore au lit, elle a perdu connaissance durant 10 minutes. Cette perte de connaissance fut suivie de céphalées plus fortes que d'habitude et de troubles visuels (mouches volantes, diplopie). Les personnes qui entouraient la malade ont constaté que cette dernière a eu le corps agité par des secousses répétées. Les membres étaient aussi animés de mouvements convulsifs.

Un médecin appelé en hâte fait une saignée (250 cc. environ) mais n'administre pas de narcotique. Le même jour, vers midi, la malade fait une deuxième crise semblable à la première et son médecin jugeant le cas très grave, l'envoie à la maternité avec la diagnostic : eclampsie.

12-111-1921. — Status d'entrée (15 h. 30).

La malade est dans un état agité, mais inconsciente. Elle ne répond pas aux questions. Elle porte constamment la main à son front comme si elle voulait dire qu'elle souffre de maux de tête. Les pupilles ne présentent rien de particulier.

Cet état se transforme au bout de quelques minutes pour faire place à un état de torpeur, comme si la malade était épuisée et aurait besoin de dormir. Ces deux états se répètent alternativement.

Inspection : L'abdomen est augmenté de volume comme dans une grossesse de six mois.

Palpation : On sent le fond de l'utérus qui remonte jusqu'à l'ombilic. A l'auscultation on entend les bruits du cœur fœtal à droite de la ligne médiane.

Examen de l'urine sondée :

Quantité : 150 cc.

Albumine : 11 0/00.

Sédiments : quelques rares cylindres granuleux.

Diagnostic : Grossesse de 6 mois, eclampsie.

Traitement : La malade est isolée dans une chambre obscure. Diète lactée sévère. Des narcotiques suivant la méthode de STROGANOFF.

13-III-21. — On continue le traitement au chloral et morphine. Vers le soir la malade reprend connaissance. Elle est très fatiguée et ne se rappelle rien de ce qui s'est passé. Elle se plaint toujours de céphalées. Urine toute seule.

14-III-21. — Céphalées persistent. Bruits du cœur fœtal moins bien perceptibles.

Urine en 24 heures : 1200 cc.

Albumine : 1 0/00.

15-III-21. — Plus de céphalées.

Urine en 24 heures : 1600 cc.

Albumine : 3 0/00.

17-III-21. — Céphalées. Mouches volantes.

Urine en 24 heures : 600 cc.

Albumine : 9 0/00.

(Chloral en lavement).

18-III-21. — Va bien. Bruits du cœur fœtal sont bons.

Urine en 24 heures : 2400 cc.

Albumine : 5 0/00.

26-III-21. — La malade va très bien mais elle ne sent plus bouger son enfant. A l'auscultation on n'entend plus les bruits du cœur fœtal.

Urine en 24 heures : 2600 cc.

Albumine : 1 0/00.

9-IV-21. — Quelques douleurs dans le bas-ventre et les reins.

12-IV-21. — De temps en temps des douleurs dans les reins.

Urine en 24 heures : 2600 cc.

Albumine : traces.

14-IV-21. — Pour provoquer l'accouchement on lève la malade et on lui prescrit de la quinine.

Dans l'après-midi, douleurs régulières.

A 17 heures 30 accouchement d'un enfant macéré mesurant 30/35 cm., suivi immédiatement d'un placenta qui est complet.

16-IV-21. — La malade va très bien. L'urine ne contient pas d'albumine.

23-IV-21. — La malade quitte le service.

II^e séjour.

OBSERVATION OBSTÉTRICALE 598-1924.

23-X-24. — La malade est de nouveau enceinte. Elle a eu ses dernières règles le 8-IV-24. Le début de la grossesse est bien supporté mais la malade ne tarde pas à sentir des troubles de l'ouïe et de la vision. Ses jambes commencent à enfler.

33-X-24. — La malade entre dans le service d'obstétrique. On constate un léger œdème malléolaire. L'examen des urines ne laisse apercevoir aucun élément figuré.

Albumine : 3 0/00.

Chlorures : 3,50 0/00.

Urée : 11 %.

Sucre : 0.

Système circulatoire: Souffle systolique au foyer mitral. Second bruit au foyer aortique est claqué. Pas de galop. Les autres bruits du cœur réguliers et bien frappés.

Tension artérielle au Vaquez 20/11.

26-X-24. — On essaye l'épreuve du thé, mais la malade ne peut boire la quantité nécessaire et vomit à peu près tout ce qu'elle a pris. Tension au Vaquez 18/11.

27-X-24. — L'albumine monte à 7,5 0/00. La malade est au régime strict.

29-X-24. — Albumine dans les urines : 3 0/00. Urée sanguine légèrement augmentée.

L'épreuve des liquides et l'épreuve de la concentration montrent une insuffisance fonctionnelle des reins. Cet état se prolonge avec des baisses et des hausses de la tension artérielle et de l'albuminurie jusqu'au

26-XI-24. — Ce jour-là la malade ne sent plus bouger son enfant. Les bruits du cœur fœtal ne sont pas perceptibles.

29-XI-24. — A 4 h. 20, la malade expulse un fœtus macéré de 7 mois. Immédiatement après la tension au Vaquez descend.

4-XII-24. — Albumine 2 0/00.

Tension au Vaquez 14/8.

III^e séjour.

OBSERVATION OBSTÉTRICALE N° 140-1927.

La malade entre dans le service, enceinte pour la troisième fois le 8-III-27. Elle expulse immédiatement un fœtus macéré de 7-8 mois.

9-III-27. — La malade ne se plaint de rien, elle se sent bien. Pas de céphalées ni de troubles visuels.

Examen de l'urine : Albumine 3 0/00.

: Sucre, traces.

Examen microscopique : Placards de cellules épithéliales. Rares globules blancs. Pas de cylindres. Pas d'hémathies. Pression au Pachon 21/15.

10-III-27. — La malade se sent lourde. On fait une prise de sang pour dosage de l'urée et en même temps une saignée de 100 cc. Pour la nuit lavement au chloral. Urée du sang : 0,67 0/00.

11-III-27. — La malade est examinée par un interniste qui, s'appuyant sur la pression différentielle, admet une double lésion aortique et un cœur rénal. La lésion aortique étant au second plan, il propose de soigner son état rénal.

15-III-27. — La malade est réveillée par des palpitations.

Urine en 24 heures : 2800 cc.

Pression au Pachon : 17/12,5.

19-III-27. — La malade quitte le service. On lui conseille de se faire suivre par un médecin.

IV^e séjour.

OBSERVATION GYNÉCOLOGIQUE N° 538/1930.

Entrée le 17-XII-1930.

Status d'entrée : Dernières règles, 12 juin. Cette dernière grossesse a été bien supportée. Pas de troubles de l'ouïe. Pas de troubles de la vision. Pas de céphalées. La malade a suivi un régime hypochloruré et s'est fait examiner régulièrement par son médecin.

Ce n'est que ce matin, le 17-12-1930 qu'elle commence à ressentir des douleurs dans le bas-ventre. Ces douleurs augmentent d'intensité vers 2 heures de l'après-midi et deviennent régulières toutes les heures. Vers 3 heures de l'après-midi, la malade a commencé à perdre du sang. Son médecin traitant nous l'envoie d'urgence dans le service.

Inspection: Abdomen augmenté de volume comme pour une grossesse de 5-6 mois.

Toucher vaginal. — Le fœtus se trouve dans le vagin. C'est un fœtus macéré. Col dilaté pour 5 fr.

Traitement: On extrait le fœtus. La délivrance ne se fait pas spontanément, mais on n'emploie pas de manœuvres artificielles. Le soir, la malade a de très fortes céphalées. Pour prévenir une crise éclamptique, on lui donne 2 gr. de chloral. Urée de sang : 0,20 0/00.

18-XII-30. — La malade passe une assez bonne nuit, mais le placenta ne vient pas.

Traitement: Décollement manuel du placenta. Léger curetage. Injection intra-utérine.

19-XII-30. — Plus de céphalées. Utérus bien contracté. Régime déchloruré.

22-XII-30. — La malade se plaint de fortes céphalées. Elle a des mouches volantes devant les yeux.

Pression au Vaquez : 19/11.

On fait une saignée de 250 cc. et un lavement au chloral (2 gr.).

Les jours suivants les céphalées persistent.

6-I-31. — La malade se sent mieux.

8-I-31. — Au moment de se lever elle sent des fourmillements dans la jambe gauche avec une douleur dans le bras gauche, douleur qui se propage depuis les doigts jusqu'au thorax. La malade est angoissée. Elle ne perd pas connaissance mais a des vertiges.

Respiration stercoreuse. Forte salivation.

La malade est consciente et répond bien aux questions qu'on lui pose.

Elle est congestionnée. Elle a des taches marbrées violacées, surtout sur les bras. Très angoissée.

Le pli labial est plus accentué à droite qu'à gauche. Légère déviation de la bouche, surtout si elle prononce des syllabes contenant les voyelles a, o, e. La forme ovale de la bouche est peu marquée lorsqu'elle ouvre la bouche. Il n'y a pas de ptosis.

Strabisme convergeant de l'œil gauche.

Parésie du membre supérieur gauche. Ebauche de Babinsky du même côté.

La sensibilité semble intacte.

Vers le soir la malade est plus somnolente. Elle rit facilement.

Pression au Pachon : 19/11,5.

9-I-31. — Urée du sang : 0,17 0/00.

On transfère la malade dans le service de médecine.

Ve séjour.

OBSERVATION GYNÉCOLOGIQUE N° 59/1931.

La malade entre dans le service le 2-II-1931 pour être stérilisée. Le 4-II-1931 on pratique la stérilisation d'après la méthode de Madelener. En même temps on pratique l'appendicectomie.

Suites opératoires bonnes.

Le 20-2-1931 la malade quitte le service.

OBSERVATION OBSTÉTRICALE N° 118/1928.

Mme T. M. Entrée le 29 février 1928.

Maladies. antécéd., hérédil.: Père mort d'hémorragie cérébrale, mère en bonne santé. Elle-même a eu une hémorragie interne à l'âge de 19 ans. Autrement toujours bien portante.

Menstruations: A 11 ans, régulières, moyennes, alternativement un mois plus fortes et le mois suivant plus faibles. Durée 8 jours, indolores.

Dernières règles: 25 août 1927.

Cours des grossesses, accouchements, avortements précédents: 2 accouchements normaux en 1921 et 1926 à domicile.

Conception: ?

Premiers mouvements du fœtus: A 4 mois.

Etat de santé pendant la grossesse: Au commencement très bon, pas de vomissements.

Depuis 8 jours la malade a les jambes légèrement enflées et souffre de maux de tête. Le mari, qui est pharmacien, fait un examen de l'urine et trouve un peu d'albumine. Il n'y voit aucune importance et la malade qui jouit d'un très bon appétit continue à manger beaucoup de viande.

La nuit du 27-28 février la malade a très mal à la tête et aux oreilles. Elle consulte un spécialiste d'otologie qui lui prescrit 2 poudres de morphine (?).

Le 29, le matin la malade voit trouble.

A 10 heures elle perd connaissance et a une crise éclamptique se manifestant par des convulsions qui commencent dans le visage et se propagent dans les bras, dans les jambes et dans tout le corps.

Deux nouvelles crises surviennent l'après-midi à 14 heures 30 et à 16 heures. Le médecin appelé constate une forte albuminurie et envoie la malade dans le service avec le diagnostic : éclampsie.

Status d'entrée 29-II:

Visage et paupières pas œdématisées.

Cœur: Limites normales, 2 bruits aortiques accentués, pas de souffle.

Poumons: r. d. p.

Abdomen augmenté de volume comme pour une grossesse de 6 mois. Ligne blanche pigmentée. Fond de l'utérus au niveau de l'ombilic, bruits du cœur fœtal à gauche.

Extrémités: Léger œdème malleolaire.

Urine: Albumine 12 0/00,
leucocytes,
quelques érythrocytes,
quelques cylindres hyalins,
Pression au Pachon 22/16.

On fait une saignée de 400 gr.

2 gr. de chloral par le rectum.

La malade dort bien toute la nuit.

1-III-28. — La malade va mieux. Elle n'a plus mal à la tête. Elle dort beaucoup.

Urine dans les 24 heures : 1600 cc.

Albumine 2 0/00.

Pression au Pachon 19/14.

Régime lacté. 2 fois 1 g. de chloral.

2-III-28. — La malade se sent bien. Elle dort toujours beaucoup. On n'entend pas les bruits du cœur de l'enfant.

Albuminurie 2,5 0/00. Temp. 36°1. Pouls 80. Urine 2900 cc.

Pression au Pachon 19/14. 3 fois 2 gr. de chloral.

3-III-1928. — Temp. 36°4. Pouls 72. Urine 200 cc. Pression au Pachon 22/25. La malade se plaint de maux de tête. Elle ne sent plus bouger son enfant depuis son entrée à la clinique. 2 fois 2 gr. de chloral.

4-III-1928. — Temp. 36°6. Pouls 68.

Vomissement d'un bol de lait.

5-III-1928. — Albumine 5 0/00. Temp. 36°. Pouls 88. Pachon 22/15. Urine 1900 cc.

Douleurs au niveau des reins. Contractions utérines toutes les demi-heures.

6-III-1928. — Temp. 36°4. Pouls 80. Pression au Pachon 18/13. Urine 1500 cc.

Douleurs nocturnes. Maux de reins.

7-III-1928. — Temp. 36°4. Pouls 72. Pouls bon. Pression au Pachon 18/12. Douleurs nocturnes. Maux de reins se calmant le matin.

8-III-1928. — Temp. 36°6. Pouls 72. Pression au Pachon 19/12. Albumine 2,5 0/00.

Contractions meilleures et plus fréquentes. Douleurs dans les reins.

9-III-1928. — Temp. 36°. Pouls 72.

13-III-1928. — La malade a des douleurs plus fréquentes. Toucher rectal : dilatation pour 1 doigt. Col dur.

14-III-1928. — 6 heures 35. Rupture spontanée de la poche, perte de liquide brunâtre. 11 heures. Toucher rectal : col conservé dilaté pour 2 doigts.

Les douleurs deviennent plus fréquentes.

16 heures. Toucher vaginal : col dilaté pour 5 fr.

Dans le col on sent une partie ronde, dure, qui pourrait être la tête et à côté une petite partie qui semble être une main.

A 18 heures, accouchement prématuré spontané d'un fœtus macéré.

A 19 heures, délivrance spontanée, sans intervention, ni médicaments selon la mode de Schulze. Bonne contraction utérine.

21-III-1928. — Epreuve d'élimination de la sulfophénolphtaléine.

A 9 heures : injection intraveineuse de 4 cc. de sulfophénolphtaléine.

A 10 heures les urines sont recueillies.

Résultat : Elimination de 50 %. (Normal 60-65 %), encore considérée comme normale.

23-III-1928. — Epreuve des liquides :

7 heures, 220. — 7 heures 30, 425. — 8 heures, 375. — 8 heures 30, 350. — 9 heures, 150. — 9 heures 30, 100. — Total : 1620.

Epreuve de concentration :

11 heures 100 cc. densité 1008

12 heures 50 » » 1015

13 heures 35 » » 1015

14 heures	35	»	»	1018
15 heures	50	»	»	1018
Albumine :	0,7	0/00.		

II^e séjour.

OBSERVATION GYNÉCOLOGIQUE N° 153/1931.

M^{me} T. M.

Craignant de nouvelles crises éclamptiques, la malade entre dans le service le 10-VI-1931.

On trouve une grossesse de 2 mois.

Pression au Vaquez 19/11,5.

Urée du sang : 0,20 0/00.

Urine : trouble, albumine 0

sucres 0

Eléments : quelques cellules épithéliales
quelques globules blancs.

Pas de cylindres.

Epreuves d'élimination et de concentration des liquides : normales.

On laisse partir la malade en lui recommandant de se faire suivre régulièrement par son médecin traitant.

III^e séjour.

29-V-1931. -- Depuis sa sortie la malade s'est fait suivre régulièrement par son médecin traitant. Le 27-V-1931 elle a de très forte céphalées qu'elle essaye de calmer par des antithermiques.

Le lendemain, sentant une tension dans le bas-ventre, elle va consulter son médecin.

En route, elle se sent tout à coup mouillée. Elle perd les eaux. Ne trouvant pas son médecin, elle vient consulter à la clinique. On lui conseille de rester.

Status d'entrée : Utérus augmenté comme pour une grossesse de 3-4 mois. Orifice externe perméable pour la pulpe du doigt.

Le 29-V-1931. — Douleurs régulières et expulsion du fœtus. Le placenta est expulsé spontanément. Comme il y a une légère rétention placentaire on fait un curetage. Suites bonnes. Pas d'albumine. Pression au Pachon 17/8.

Le 5-VI-1931. — Sortie.

*
* *

En analysant ces deux observations, nous pouvons constater quelques faits qui ne concordent pas tout à fait avec les conceptions jusqu'ici admises sur l'évolution de l'éclampsie et surtout la période prodromique de la maladie, période qui pour ainsi dire, frise l'accès.

Avant tout, nous constatons que nos deux malades n'avaient aucun signe de néphropathie avant les grossesses pendant lesquelles les accidents éclamptiques ont éclaté. Ce fait est intéressant, car il exclu chez ces deux malades l'origine rénale de la toxémie. Il apporte des arguments contre les théories qui attribuent à l'éclampsie une origine rénale.

Un second fait intéressant à noter, c'est la période prodromique de l'éclampsie, la période dite d'état prééclamptique. Chez une de nos malades, cette période a débuté 12 jours avant le premier accès. Chez la seconde, les prodromes se sont manifestés 8 jours avant le premier accès. Cette période prodromique s'est manifestée chez les deux malades par des céphalées rebelles. Chez les deux, il y a eu des troubles visuels et chez l'une d'elles, des douleurs otiques qui l'ont poussée à consulter un spécialiste. L'intérêt de ces petits signes est grand, car ces manifestations auxquelles les médecins attribuent trop souvent une origine purement nerveuse, et qu'ils essayent de faire disparaître par des antipyrétiques, peuvent guider le spécialiste sur la bonne voie. Toute femme présentant durant sa grossesse, soit des céphalées rebelles, soit des troubles oculaires ou otiques, devrait être suspectée de toxémie gravidique et traitée comme telle.

Comme enseignement thérapeutique, nous pouvons observer, chez notre première malade, le fait que la saignée seule n'a pas arrêté les accès. Il a fallu lui appliquer le traitement de Stroganoff pour arrêter les accès.

Un autre fait que nous notons en passant et qui concorde avec toutes les observations, est la forte albuminurie constatée après les accès : 11 0/00 chez une des malades et 12 0/00 chez l'autre. Enfin, la répétition de la toxémie durant toutes les grossesses successives chez notre première malade et très précocement durant la seconde grossesse chez notre deuxième malade, sont intéressantes à noter.

L'hypertension a été un fait capital dans nos deux cas. La première de nos malades a fait même, à la longue, une cardiopathie à la suite d'une hypertension prolongée. La seconde sans avoir de lésions définies, a présenté un clangor du second bruit.

L'ictus apoplectique léger qu'a fait notre malade serait attribuable à son état cardiaque. Nous ne croyons pas qu'il ait à faire quoique ce soit avec le travail. Il est survenu tardivement, 16 jours après l'accouchement, mais à ce moment-là, la malade était encore hypertendue.

Après la première atteinte de la maladie, l'état rénal de nos deux malades est resté satisfaisant. Chez notre seconde malade, même après la récurrence de la toxémie, l'état rénal est resté bon. Chez la première malade par contre, nous avons pu constater une néphropathie manifeste, sans pouvoir toutefois parler de néphrite. En effet, le taux de l'urée sanguine a été presque toujours normal. Une seule fois, on a trouvé 0,65 0/00.

Quant à la vie des malades, on peut dire que l'expectative armée et le sacrifice des enfants, ont été d'un effet salutaire. L'extraction des enfants, extraction d'enfants prématurés même, aurait fortement exposé la vie des malades sans donner la certitude d'avoir des enfants vivants.

Dépistage des toxémies récidivantes

Chacun sait que les urines de toute femme enceinte doivent être examinées avec soin dès les premiers mois. C'est un dogme obstétrical qui n'est malheureusement pas toujours mis en pratique malgré l'insistance de tous ceux qui ont la responsabilité de l'enseignement de notre art. Mais la seule recherche de l'albu-

mine ne suffit pas toujours pour dépister une toxémie et encore moins une toxémie qui récidive.

Ludwig SEITZ a démontré, en 1925, devant le congrès de Vienne, la grande importance des symptômes subjectifs pour le dépistage d'une toxémie gravidique et surtout de la forme qui a la tendance de récidiver. Toute céphalée, tout vertige, tout malaise inexpliqué, doivent attirer l'attention du médecin sur la possibilité d'une nouvelle toxémie gravidique et si la femme présente des troubles oculaires accentués ou des douleurs otiques le diagnostic est presque certain. Quant aux signes objectifs, ils sont nombreux. LE LORIER a montré l'importance des petites élévations de la pression sanguine. Il a dénommé ces élévations : « petites hypertensions d'alarme ». LE LORIER affirme que si une femme présente au Vaquez une pression maxima de 13 cm., il faut se méfier d'un début de toxémie. Cependant la plupart des auteurs (Brindeau, Vaquez, etc.) considèrent le chiffre 13 comme étant encore normal. Cette dernière opinion paraît plus exacte. Il nous semble que le chiffre 15 cm. donnerait des indications plus précises.

BALARD a démontré que c'est surtout l'élévation plus grande de la pression minima par rapport à la maxima qui doit attirer l'attention sur la possibilité d'une toxémie gravidique. Son opinion nous paraît tout à fait justifiée.

Un autre moyen de dépistage de la toxémie gravidique est la constatation des œdèmes. ZANGEMEISTER a montré qu'une femme peut couvrir une toxémie gravidique sans autres manifestations objectives ou subjectives que les œdèmes. Il conseille la pesée régulière de toute femme enceinte.

Tous ces petits signes, objectifs ou subjectifs, mettent le médecin sur la bonne voie et lui permettent de prendre les mesures qui s'imposent.

Traitement des récidives

Le traitement de la toxémie gravidique récidivante doit être avant tout prophylactique. GESSNER, OPITZ, Margaret BALFOUR etc. ont montré l'importance de l'alimentation comme

facteur étiologique de la toxémie gravidique. Il faut donc, à la constatation du moindre symptôme de toxémie gravidique, mettre les femmes à un régime sévère.

Les manifestations prééclamptiques seront traitées d'après la méthode Stroganoff. Quant à l'intervention (accouchement provoqué ou avortement provoqué) elle ne doit être réservée qu'aux cas rares, extrêmement graves. On sait en effet que le travail risque de précipiter les crises éclamptiques et de mettre sérieusement la vie de la mère en danger. Quant à l'enfant, dont la viabilité est souvent fort compromise, rien ne peut permettre de prévoir qu'elle sera sauvegardée. Dans certains cas rares peut-être où la grossesse est arrivée près de son terme, une opération césarienne permettra de hâter la délivrance avec un heureux résultat pour la mère et pour l'enfant. Mais cette méthode ne doit pas être érigée en système.

Conclusions

La toxémie gravidique récidivante, quoique très rare, ne saurait cependant être niée. Elle peut se manifester même au cours de plusieurs grossesses successives.

En récidivant, elle a la tendance d'apparaître plus précocement au cours de la grossesse suivante, voire même dès les premiers mois.

Elle peut récidiver même en dehors de toute atteinte des fonctions rénales.

En ce qui concerne la mère, le pronostic est sérieux et s'il y a un trouble du fonctionnement rénal, toute nouvelle grossesse aggrave ce trouble et peut mettre sérieusement la vie de la mère en danger.

Le pronostic, pour le fœtus, doit être extrêmement réservé. Le plus souvent, en effet, malheureusement, celui-ci succombe au cours des manifestations toxémiques.

D'une façon générale il est rare qu'une femme atteinte de toxémie gravidique au cours de deux grossesses successives puisse mener à terme une grossesse.

En ce qui concerne le traitement, il est difficile de tirer des conclusions pratiques. Toutefois, il apparaît que la prophylaxie par une surveillance et des prescriptions appropriées constitue le meilleur moyen de préserver les femmes ayant eu de l'intoxication gravidique lors d'une ou de plusieurs grossesses antérieures. Les symptômes toxémiques apparaissant, l'expectative et le traitement médical sont préférables à la thérapeutique systématiquement interventionniste qui ne doit être qu'exceptionnelle.

Bibliographie

- AHLFELD. — Zum Pathogenese der Eklampsie. Zeitschr. für Geb. und Gynec. Tome LXIII, 1908.
- BALARD P. — Accidents gravido-toxiques à répétition et à gravité croissante chez une femme atteinte de néphrite chronique. Bull. Soc. Obst. et Gynec. N° 3 1922.
- BALARD P. et BOURSIER R. — Eclampsisme à répétition chez une femme atteinte de néphrite chronique. Bull. Soc. Obst. et Gynec. N° 3. 1922.
- BAR Paul. — Leçons de pathol. obstétricale. Tome II. Paris 1900.
- BRINDEAU A. — La pratique de l'art des accouchements. Tome II, Paris 1927.
- BUND. — Ueber das spätere Befinden Eklamptischer und ihrer Kinder. Zentrallbl. f. Gynec. 1927, p. 2879.
- DICTIONNAIRE ENCYCLOPÉDIQUE DES SCIENCES MÉDICALES. Tome XXXII article Eclampsie.
- DÖDERLEIN G. — Nachuntersuchungen an ehemals Eklamptischen. Congrès de Vienne 1925. Dans Arch. für Gyn. 1925, p. 655-667.
- EDEN T. W. — The treatment of eclampsia. Lancet 30. Sept. 1922.
- GESSNER W. — Die Badische Eklampsiestatistik für das Jahr 1919 im Lichte der Diätetik. Zent. f. Gynec. Dez. 1921.
- GREENHILL. — Publications américaines de gynec. et obst., dans Gynec. et Obst. juill. 1930.
- GRIGORIU CRISTEA. — Un cas de Tetanie Gravidica, Clujul. Medical 1920.
- HALBAU & SEITZ. — Biologie des Weibes. Tome VII. Article Eklampsie und Eklampsismus. (Seitz et Essen Möller).
- HOFBAUER J. — Zur Klärung der Eklampsiefrage. Zentr. für Gynec. Dez. 1921.
- KOBES R. — Das spätere Schicksal eklamptischer und präeklamptischer Frauen. Zentr. für Gynec., N° II, 1930.
- LAFFONT & JULLIEN. — Au sujet de 143 cas d'éclampsie observés à la Maternité d'Alger. (Soc. obst. et gynec. d'Alger, 11 févr. 1928) dans Bull. Soc. obst. et gynec. de Paris, N° 6, 1928.
- LAUN. — Dreimalige Auftreten der Eklampsie bei derselben Patientin. Zentr. f. Gynec. N° 28-1928.

- LE LORIER V. — Les petites hypertensions d'alarme dans la toxémie gravidique convulsivante. Presse médicale 1925. N° 2.
- LICHTENSTEIN F. — Zehn Jahre geburtshilflich abwartender Eklampsiebehandlung. Zentr. f. Gynec. 7. Jan. 1922.
- LICHTENSTEIN. — Zur Klinik Therapie und Aetiologie der Eklampsie nach einer neuen Statistik bearbeitet auf Grund von 400 Fällen — dans Arch. für Gynec. 1912. p. 183.
- LIEGNER B. — Toxicosen am Schwangerschaftsende. Zentr. f. Gynec. No. 3, 1930.
- LLAMES-MASSINI J. C. — La suppression de l'accouchement dans l'éclampsie de la fin de la grossesse. Gynecol. obst. N° 5, Nov. 1930.
- LEVY-SOLAL & TSANK. — Nouvelles recherches expérimentales sur la pathogénie et la thérapeutique de l'éclampsie puerpérale. Presse médicale, août 1923.
- MAGOS. — Intoxication gravidique répétée. (Soc. belge Obst. Gynec., 4 mai 1929) dans Bull. Soc. Obst. Gyn. de Paris, juin 1930.
- RAPPORT ÉPIDÉMIOLOGIQUE MENSUEL DE LA SECTION D'HYGIÈNE DE LA S.D.N. N° 7, 1930.
- SEITZ Ludwig. — Zur aktiven Prophylaxe der Eklampsie. Congrès de Vienne 1925. Dans Arch. für Gyn. 1925. p. 653.
- STANDER H. J. — An Analysis of 801 cases of toxemias of pregnancy. (Massachusetts med. soc., section of. obst. and gynec., Boston, 10. VI. 1929). New England med. Journ. p. 201, 1929.
- STEINIGER Robert. — Eklampsie bei Mehrgebärenden und wiederholte Eklampsie. Zeitschr. für Geb. und Gyn. 1926. p. 247-260.
- STROGANOFF B. — Les résultats du traitement de l'éclampsie avec consultations par téléphone. Gynec. et Obst. N° 5, nov. 1930.
- VIGNES H. — Recherches sur l'avenir des femmes atteintes d'éclampsie ou d'albuminurie gravidique. Journal des Praticiens, 14 mars 1931.
- WILLIAMS P. F. — The classification of the toxemias of pregnancy. Amer. Journal of Obst. N° 18, 1929.
- ZONDEK et JAKOBOWITZ. — Über das Schicksal von Frauen die eine Gestationstoxikose durchgemacht haben. Klin. Wochenschr. No. 4 de 1925 p. 135-137.
-

